

Samtyckesblankett SMO - samordnat medicinskt omhändertagande

Inom SMO samarbetar vi för att hjälpa dig att ge dig de insatser du har behov av. Det kan till exempel vara:

- primärvård (både landstingsdrivna och privata vårdcentraler)
- ansvariga instanser i din hemkommun och/eller skolkommun (LSS, vård och omsorg m.fl.)
- specialistklinik (neurologi, psykiatri, habilitering, ortopedi, kirurgi, barn- och ungdomskliniken)
- skola/arbetsplats
- försäkringskassa
- arbetsförmedling

I detta samarbete behöver vi dela information om dig och dina behov.

Information om dig skyddad av sekretess. Vi behöver därför ditt samtycke till att vi får dela information om dig, innan vi kan börja samarbeta.

☐

Jag lämnar samtycke till att uppgifter om mig får delas mellan alla dem som har behov av uppgifterna för min skull inom samverkan inom SMO.

☐

Jag lämnar samtycke till att uppgifter om mig får delas för min skull inom samverkan inom SMO, förutom information från _____
(skriv vilken verksamhet)

Datum

Personnummer

Namnteckning

Namnförtydligande

Ev. underskrift av förvaltare